

Domanda di benefici Domande e Risposte

Se avete bisogno di aiuto per leggere questo documento, rivolgetevi alla receptionist.

D. Come si fa a richiedere i benefici?

R. È semplice - basta riempire il modulo. Spuntate la casella in cima alla pagina 2 se avete bisogno di aiuto per compilare questo modulo. La data che indicate inciderà sull'inizio dei benefici. Se fate domanda per qualcun altro, completate le domande con le informazioni di quella persona. **Per dare il via alla procedura, abbiamo bisogno del vostro nome, indirizzo e firma a pagina 2 e per permetterci di completarla, dovete riempire le pagine 3 e 4. Se non avete un indirizzo di recapito, quando consegnate il modulo, parlate con la receptionist su come possiamo metterci in contatto con voi.** Potete consegnare il modulo alla receptionist oppure inviarlo per posta all'Ufficio di servizi per la comunità (Community Services Office - CSO) della vostra zona. Per servizi di assistenza a lungo termine, inviate il modulo all'Ufficio di servizi domestici e per la comunità (Community Services Office) della vostra zona. Se fate domanda soltanto per benefici medici, non è necessario che abbiate un colloquio.

D. Quando inizieranno i miei benefici?

R. Se siete eleggibili per l'assistenza in denaro contante, i vostri benefici inizieranno alla data alla quale riceveremo le informazioni che ci permetteranno di decidere la vostra eleggibilità. Se siete eleggibili per benefici in viveri, l'ammontare dei vostri benefici si basa normalmente sulla data alla quale riceviamo la domanda di applicazione. Per i benefici medici, la data d'inizio della copertura dipende dal tipo di programma per il quale qualificate e dalla data alla quale riceviamo la vostra domanda. Potete chiedere aiuto per fatture mediche passate.

D. Che cosa succede se ho bisogno urgente di viveri?

R. Oltre a provvederci il vostro nome, indirizzo e firma, riempite lo spazio al Numero 19 e consegnate il modulo alla receptionist immediatamente. Se non vi trovate nell'ufficio locale, inviateci la vostra domanda o consegnatela all'ufficio nella vostra zona.

È possibile che riceverete assistenza in viveri nel giro di cinque (5) giorni dalla data di ricevimento della vostra domanda se:

- potete provare la vostra identità e
- il reddito o le risorse del vostro nucleo familiare sono molto bassi; **oppure**
- il reddito e le risorse del vostro nucleo familiare non sono sufficienti per pagare entrambi l'affitto e le utilità mensili; **oppure**
- il vostro nucleo familiare include un mezzadro indigente o un coltivatore diretto stagionale.

Informazioni importanti circa il Numero di Assicurazione Sociale (Social Security Number) e lo Stato di Immigrazione

- Potete fare domande di benefici per una parte della vostra famiglia anche se alcuni dei suoi membri non sono eleggibili a causa del loro stato di immigrazione. Lo Stato di Washington offre programmi assistenziali medici per coloro che non hanno un Numero di Assicurazione Sociale o una prova del loro stato di immigrazione.
- Se avete bisogno di assistenza in denaro contante o in viveri, dovete presentare il Numero di Assicurazione Sociale o lo stato di immigrazione solo per le persone che fanno domanda. Se volete comunque fornirci volontariamente il vostro Numero di Assicurazione Sociale, lo utilizzeremo soltanto per verificare le informazioni necessarie a determinare l'eleggibilità, come ad esempio il vostro reddito. Se scegliete di non fornirci il vostro Numero di Assicurazione Sociale o stato di immigrazione, il vostro reddito e risorse dovranno comunque essere verificati nel caso sia necessario di determinare l'eleggibilità.

Persone che aiutano gli altri



Assistenza in denaro contante



Assistenza in viveri



Assistenza medica



Assistenza generale per l'inadatto al lavoro



Casa di cura assistenziale o Assistenza per soggetti non autosufficienti

Il Dipartimento di Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) vieta la discriminazione in tutti i suoi programmi e attività basata sulla razza, sul colore, sul sesso, sulla religione, sul paese di origine o sulle convinzioni politiche. Le persone affette da handicap che richiedono mezzi alternativi per la comunicazione delle informazioni sul programma (quali Braille, caratteri grandi di stampa, audionastri ecc.) sono pregate di chiamare il Centro TARGET USDA al numero (202) 720-2600 (voce e TDD). Per sporgere denuncia di discriminazione, scrivere indirizzando a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o al numero (202) 720-5964 (voce e TDD). USDA è un fornitore e datore di lavoro di pari opportunità.

DOMANDA DI BENEFICI



Se avete bisogno di aiuto per compilare questo modulo, spuntate questa casella e rivolgetevi alla receptionist.

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	FIRMA (OBBLIGATORIA)	2. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL CLIENTE (SE CONOSCIUTO)
3. INDIRIZZO (DOVE VIVETE)			CITTÀ	STATO
5. INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO)			CITTÀ	STATO
9. Io faccio domanda per (spuntare le risposte pertinenti): <input type="checkbox"/> Denaro contante <input type="checkbox"/> Assistenza in viveri <input type="checkbox"/> Assistenza medica <input type="checkbox"/> Casa di cura assistenziale <input type="checkbox"/> Trattamento per droga e alcool <input type="checkbox"/> Assistenza per soggetti non autosufficienti (COPES o Assistenza domiciliare) <input type="checkbox"/> Altro (elencare): _____				4. NUMERO TELEFONICO DI CASA O PER MESSAGGI
				6. NUMERO TELEFONICO DI LAVORO
				7. INDIRIZZO E-MAIL
				8. NUMERO DEL CELLULARE

10. Ho bisogno di un colloquio telefonico perché: sono un anziano sono disabilitato lavoro altre difficoltà: _____

11. Ho bisogno di un interprete. Parlo: _____ o comunico con il linguaggio dei sordomuti; Desidero che le lettere siano scritte in: _____

12. Se fate domanda di assistenza in viveri, per quante persone del vostro nucleo familiare comperate cibo e cucinate? _____

13. Negli ultimi 30 giorni ho ricevuto denaro contante, viveri o assistenza medica da un altro stato o da altra fonte: Sì No

14. Io o qualcuno per cui faccio domanda ha subito una condanna per un reato relativo alla droga commesso dopo il 21/08/96: Sì No

15. Io o qualcuno per cui faccio domanda è latitante al fine di sottrarsi alla giustizia o evitare la reclusione per un reato commesso Sì No

16. Io o qualcuno nel mio nucleo familiare presenta la situazione seguente (spuntare le risposte pertinenti): Gravidanza; data prevista del parto: _____

Emergenza medica Avviso di sfratto Sospensione delle utilità o nessun riscaldamento

Violenza domestica Disabilità (specificare il tipo): _____

17. Le informazioni seguenti sono facoltative e non saranno utilizzate per determinare la vostra eleggibilità per i benefici.

La mia origine etnica è Ispanica o Sudamericana: Sì No Mi considero di razza (spuntare le risposte pertinenti): Bianca

Nera Asiatica Sono nativo delle Hawaii o di altre Isole del Pacifico

Indiano d'America o nativo dell'Alaska; nome della tribù: _____ Altro (specificare): _____

18. Elencate tutte le persone del vostro nucleo familiare anche se non fate domanda di benefici per loro (allegate altri fogli se necessario).

NOME (NOME, SECONDO NOME, COGNOME)	QUAL È IL VOSTRO RAPPORTO DI PARENTELA CON QUESTA PERSONA?	VOLETE BENEFICI PER QUESTA PERSONA? SÌ NO	DATA DI NASCITA	FACOLTATIVO PER I NON RICHIEDENTI			SESSO M O F
				CITTADINO AMERICANO? SÌ NO	SE NO, AVETE UN DOCUMENTO CHE DIMOSTRI LO STATO DI IMMIGRAZIONE? SÌ NO	NUMERO DI ASSICURAZIONE SOCIALE	
	PER ME	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

19. Ho bisogno di viveri entro cinque (5) giorni. NOTA: Per poter decidere se siete eleggibile per l'assistenza urgente in viveri, completate questa sezione.

a. Avete meno di 100 dollari in contante? Sì Non e; Avete reddito o avete un reddito mensile inferiore a 150 dollari? Sì No

b. Il totale fra affitto e utilità supera il vostro reddito mensile? Sì No

c. Qualcuno nel vostro nucleo familiare è un coltivatore diretto stagionale o un mezzadro? Sì No

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

NOME DEL RICHIEDENTE	NUMERO DI ASSICURAZIONE SOCIALE	NUMERO IDENTIFICATIVO DEL CLIENTE
----------------------	---------------------------------	-----------------------------------

I. Informazioni generali

- Tutte le persone per cui faccio domanda vivono nello Stato di Washington: Sì No Se sì, dalla data (specificare la data): _____
- Io o qualcuno della mia famiglia è uno straniero sponsorizzato: Sì No
- Qualcuno del mio nucleo familiare si trova temporaneamente via di casa: Sì No Se sì, chi (specificare): _____
- Io o qualcuno del mio nucleo familiare è un veterano o un dipendente o il/la consorte di un veterano (vivente o defunto): Sì No
- Io vivo: nella mia casa o appartamento in una residenza sanitaria assistenziale in comunità
 in un residenza di gruppo assistenziale _____ Altro: _____
- Io sono: Celibe/Nubile Sposato/a Divorziato/a Separato/a Vedovo/a

II. Informazioni di Assicurazione medica e sanitaria/Information

Io o noi (spuntare la casella appropriata):

- Ho (abbiamo) problemi di salute che mi (ci) impediscono di lavorare Sì No
- Ho (abbiamo) fatture mediche non pagate Sì No
- Ho (abbiamo) bisogno di aiuto riguardo alle fatture mediche non pagate per uno degli ultimi tre (3) mesi Sì No
- Intendo (intendiamo) entrare, mi trovo (ci troviamo) oppure ho lasciato (abbiamo lasciato) di recente uno stabilimento medico (come ad esempio un ospedale o una casa di cura) Sì No
- Ho (abbiamo) un'assicurazione sanitaria (incluso Tricare o Assicurazione per assistenza a lungo termine) Sì No
- Ho (abbiamo) Medicare (NOTA: questo **non** equivale ai "ticket medici") Sì No
- Ho (abbiamo) avuto un incidente che ha richiesto cure mediche Sì No

III. Risorse

Non è necessario che riempiate questa sezione se fate domanda di applicazione SOLO per Assistenza medica per bambini o Assistenza medica per maternità.

Oltre alle voci elencate sotto, altri esempi di risorse sono: denaro contante, denaro tenuto da altri, contratti di vendita, bestiame, raccolti agricoli e attrezzature commerciali.

- Io, il mio (la mia) consorte o qualcuno per cui faccio domanda possiede risorse: Sì No Se sì, elencarle qui di seguito:

TIPO DI RISORSA?	A CHI APPARTIENE LA RISORSA?	DOV'È LA RISORSA? (P.ES., NOME DELLA BANCA)	IMPORTO O VALORE	A CHI APPARTIENE LA RISORSA?	DOV'È LA RISORSA? (P.ES., NOME DELLA BANCA)	IMPORTO O VALORE
Conti correnti bancari			\$			\$
Conti di risparmio o crediti bancari			\$			\$
Certificati di deposito (CD) o conti di money market			\$			\$
Fondi fiduciari o rendite			\$			\$
Titoli, obbligazioni, o fondi comuni di investimento			\$			\$
Casa pensioni o IRA			\$			\$
Fondi per sepoltura, piani o lotti			\$			\$
Assicurazione sulla vita			\$			\$
Beni immobili			\$			\$
Altro:			\$			\$
Altro:			\$			\$

- Io, il mio (la mia) consorte o qualcuno per cui faccio domanda ha venduto, permutato, regalato o trasferito una risorsa negli ultimi cinque (5) anni (incluso trasferimenti a fondi fiduciari o usufrutti vitalizi): Sì No Se sì, che cosa: _____ Quando _____

- Io o qualcuno per cui faccio domanda possiede i veicoli di trasporto seguenti (incluso camion, furgoni, barche e roulotte):

ANNO (P.ES., 1980)	MARCA (P.ES., FORD)	MODELLO (P.ES., ESCORT)	QUESTO VEICOLO È IN LEASING?	IO USO (NOI USIAMO) QUESTO VEICOLO PER SCOPI MEDICI.	IO STO (NOI STIAMO) ANCORA PAGANDO QUESTO VEICOLO.
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

IV. Reddito

1. Io o qualcuno per cui faccio domanda riceve un reddito: Sì No Se sì, riempire questa sezione:

NOME DEL DATORE DI LAVORO E NUMERO TELEFONICO Si tratta di un lavoro in proprio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Chi guadagna il reddito:	IMPORTO LORDO RICEVUTO (IMPORTO IN DOLLARI AL LORDO DELLE TASSE) \$ _____ importo: <input type="checkbox"/> all'ora <input type="checkbox"/> alla settimana <input type="checkbox"/> ogni due settimane <input type="checkbox"/> due volte al mese <input type="checkbox"/> Mese Ore per settimana: _____ Date di pagamento (p.es., 1 e 15, od ogni venerdì): _____
NOME DEL DATORE DI LAVORO E NUMERO TELEFONICO Si tratta di un lavoro in proprio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Chi guadagna il reddito:	IMPORTO LORDO RICEVUTO (IMPORTO IN DOLLARI AL LORDO DELLE TASSE) \$ _____ importo: <input type="checkbox"/> all'ora <input type="checkbox"/> alla settimana <input type="checkbox"/> ogni due settimane <input type="checkbox"/> due volte al mese <input type="checkbox"/> Mese Ore per settimana: _____ Date di pagamento (p.es., 1 e 15, od ogni venerdì): _____

2. Io, il mio (la mia) consorte o qualcuno per cui faccio domanda ha lasciato un lavoro negli ultimi 60 giorni. Sì No

3. ALTRO REDDITO	CHI RICEVE IL REDDITO?	IMPORTO LORDO MENSILE	CHI RICEVE IL REDDITO?	IMPORTO LORDO MENSILE
Sussidi di disoccupazione (Cassa integrazione)		\$		\$
Assicurazione Sociale		\$		\$
Reddito di previdenza supplementare (SSI)		\$		\$
Assegni familiari per il mantenimento dei minori o del/ della consorte		\$		\$
Pensionamento o pensione di anzianità		\$		\$
Amministrazione dei Veterani (VA) o militare		\$		\$
Benefici di assicurazione o di sindacato e industria (L&I)		\$		\$
Fondi fiduciari o rendite		\$		\$
Altro:		\$		\$

V. Spese mensili

AFFITTO	MUTUO	SPAZIO AFFITTATO	ASSICURAZIONE SULLA CASA	IMPOSTE SUL PATRIMONIO	ACCERTAMENTI PATRIMONIALI
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Utilità (spuntare le risposte pertinenti): <input type="checkbox"/> Elettricità (non il riscaldamento) <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Riscaldamento (gas, elettrico, olio) <input type="checkbox"/> Acqua, fognatura, immondizia Un'altra persona o agenzia mi aiuta a pagare tutte o una parte delle mie spese di casa: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, chi: _____ Quale spesa: _____ Importo pagato da questa persona: \$ _____ Io pago (noi paghiamo) o dobbiamo pagare (spuntare le risposte pertinenti): <input type="checkbox"/> Cura di bambini o di dipendenti Importo mensile: \$ _____ Chi paga: _____ <input type="checkbox"/> Mantenimento dei minori Importo mensile: \$ _____ Chi paga: _____ <input type="checkbox"/> Fatture mediche Importo mensile: \$ _____ Chi paga: _____					

DICHIARAZIONE E FIRMA

Ho letto (o mi sono stati spiegati) i miei diritti e doveri ed ho ricevuto una copia del documento Diritti e Doveri del Cliente, DSHS 14-113(X). Io devo segnalare qualsiasi cambiamento come richiesto dal dipartimento. Io devo fornire prova di eleggibilità. È possibile che DSHS mi aiuti ad ottenere le prove o a contattare altre persone o agenzie al riguardo. Ricevendo le sovvenzioni TANF (Assistenza provvisoria per le famiglie bisognose) o benefici di assistenza medica, conferisco determinati diritti in termini di assegni familiari per il mantenimento dei minori o di assistenza medica, allo Stato di Washington. Dichiaro sotto pena di falso giuramento che le informazioni che ho fornito in questo modulo sono vere, corrette e complete per quanto mi è noto. Capisco che potrei essere perseguibile di reato se ricevo impropriamente denaro contante, viveri o assistenza medica sulla base di avere consapevolmente dichiarato il falso o avere volontariamente omesso di fornire le informazioni dovute. Per le domande di Assistenza in viveri, è tenuto a firmare solo il richiedente. Per le domande di Assistenza medica o in denaro contante, sono tenuti a firmare tutti i membri adulti del nucleo familiare.

FIRMA DEL RICHIEDENTE	DATA	FIRMA DI UN ALTRO RICHIEDENTE ADULTO	DATA
FIRMA DI UN AIUTANTE O RAPPRESENTANTE	DATA	FIRMA DEL TESTIMONE SE LA FIRMA È UNA "X"	DATA